№ 10. Październik 1911 r. Rok VI.

Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ I SPRAWOM ZAWODOWYM.

Prace oryginalne.

Rys ortodontji nowoczesnej

podług systemu Angle'a.

NAPISAŁ

Wincenty Zawidzki

Lekarz-dentysta,

Lektor ortodontji przy szkole dentystycznej doc. d-ra med. H. Wilgi w Moskwie.

1. Wstęp.

W pracy niniejszej pragnę zaznajomić szersze koło kolegów z ortodontją według systemu Angle'a. Dlatego też traktowałem niektóre wiadomości teoretyczne nieco obszerniej, aby w ten sposób rzucić nieco światła na tę stosunkowo nową dziedzinę naszej specjalności i wyjaśnić niektóre dane w tej lub innej sprawie, przytaczając zarazem stronę praktyczną w pewnym systematycznym porządku. Pragnąłem rozwinąć przed czytelnikiem całokształt przebiegu różnych manipulacji, jak np. nakładania przyrządów, wyjaśnić ich działanie i dać w ten sposób możność stopniowego przyswajania sobie różnych zabiegów ortodontycznych. Zaznaczyć tu muszę, że różne wiadomości uzupełniłem danemi z podstawowej pracy klasycznej

Edwarda Angle'a, p. t.: „Die Behandlung der Occlusionsanomalien der Zähne" (Traktowanie anomalji zwarcia zębów". Tłumacznie z angielskiego).

Liczne rysunki, ilustrujące odnośne przypadki Angle'a, Körbitz'a, różnych innych powag na polu ortodontji oraz własne w znacznym stopniu ułatwią zrozumienie najbardziej nawet powikłanych przypadków.

Dane historyczne.

Dzieje prostowania nieprawidłowo wyrzniętych zębów sięgają daleko wstecz, lecz pewne wiadomości i wyniki doświadczeń w tym kierunku, zdobytych dzięki mozolnej pracy, znikały ze zgonem pewnych jednostek, pracowników w tej dziedzinie. Nic więc dziwnego, że w takich warunkach o jakimkolwiek postępie nawet mowy być nie mogło. Historja racjonalnego prostowania zębów zaczyna się właściwie od 18-go stulecia, w którym to czasie ortodontja czyli ortopedja dentystyczna w szerszem znaczeniu była więcej zajęciem amatorskiem, niż zawodowem; stan ten zmienił się dopiero w latach ostatnich. Dlatego też pierwszy ten okres przepełniony jest fantastycznymi „wynalazkami" aparatów, mającymi tylko historyczne znaczenie.

W zarysie niniejszym przedstawimy ważniejsze ogniwa w łańcuchu obecnej nauki ortodontycznej.

Znamiennem jest to, że nestor dentystyki nowoczesnej, francuz Fauchard, opisał również pierwszy przyrząd do regulowania zębów, którego głównem zadaniem było rozszerzenie łuku zębowego (1728 r.). Aparat ten nazywano rozmaicie: bandażem, „bandelette" i t. d.; forma jego była podobna do łuku idealnego i odpowiadała łukowi ekspanzyjnemu systemu Angle'a.

Wybitnym wynalazkiem następnie było zastosowanie bandaży na zębach, których dwie formy odróżniamy: a) bandaż z krętem (gwintowy) i b) jednolity (spajany). Bandaż z krętem po raz pierwszy zastosował francuz Schangé w r. 1841, wprowadzając tem samem równocześnie i kręt do przyrządów regulacyjnych.

W dalszym ciągu wymienić należy zastosowanie kręta naciskowego („Druckschraube„) przez Dwinelle'a (New-York, 1848). Mecha-

nizm ten, działający doskonale i silnie, oddawał znakomite usługi do lat ostatnich.

Elastyczność gumy, jako siłę działającą, najpierw zastosował Tucker (Boston, 1848); od tego czasu powiększał się do znacznego rozmiaru zakres jej użycia.

W roku 1866 Kingsley (New-York) wprowadził okcypitalny sposób umocowywania za pomocą siatki na głowę, w celu leczenia prognatji i progenji. Wynalazek ten miał nader wielką wartość, lecz utracił swe znaczenie dzięki sposobowi umocowywania międzyszczękowego Baker'a za pomocą obrączek gumowych od rurki bandażowej do haczyka łuku sprężystego szczęki przeciwnej. Anglik Coffin wprowadził drut fortepjanowy; elastyczność tegoż słusznie ceniono do czasu zastosowania nowego srebra, które dzięki swojej doskonałej odporności w jamie ustnej wyrugowało drut fortepjanowy, szybko pokrywający się rdzą.

Nazwisko Coffin'a jest jeszcze ogólnie znane, dzięki jego specjalnej dostawce kauczukowej, będącej w użyciu na równi z innemi kombinacjami dostawek dla celów regulacji zębów. Dostawki tego rodzaju obarczano rozmaitemi metalowemi częściami dodatkowemi i t. d., co prowadziło do powstawania różnorodnych odmian, a dalej prawdziwych przyrządów regulacyjnych. Każdy praktyk szczycił się swoim doskonale działającym przyrządem, a potrzeba tylko rozejrzeć się w czasopismach, nawet w ostatnich miesięcznikach, żeby módz podziwiać różnorodne indywidualne pomysły autorów oraz ich „metody". Lepsze od aparatów kauczukowych są przyrządy wytłaczane (sztancowane) z metalu, lecz i te nie mogą nam imponować pod względem delikatności wykonania i doskonałości działania, pacjentowi zaś sprawiają wiele nieprzyjemności, nie mówiąc już o warunkach hygjenicznych jamy ustnej osób, noszących takie przyrządy.

Aparaty metalowe, osadzone na cemencie, miały w porównaniu z kauczukowymi jeszcze tę ważną zaletę, że je chory stale nosić musiał. Zwykle nie wystarczała jednak jedna kombinacja przyrządu, żeby osiągnąć cel zamierzony, lecz trzeba było w ciągu leczenia kilkakrotnie przerabiać aparaty lub też budować zupełnie nowe. Z biegiem czasu powstało nieskończone mnóstwo różnych kombinacji oraz modyfikacji przyrządów regulacyjnych, a praktyk miał jaknajszer-

szą swobodę działania, czyli eksperymentowania, jeżeli czuł do tego ochotę.

Aby jakoś wyregulować łuk zębowy, nie oszczędzano też i zębów, a kleszcze wytwarzały wolne miejsce tam, gdzie było go mało; wyjmowanie zębów uważano niekiedy nawet jako jedyną terapję i, nie zważając na ogólny stan uzębienia, usuwano systematycznie i niesystematycznie pierwsze trzonowce i t. p.

Nic dziwnego więc, że tylko jednostki odważniejsze jako samoucy uprawiały tę specjalność, gdyż podręczniki specjalne na kilku zaledwie stronicach załatwiały się z nieprawidłowościami zębów i ich leczeniem, a autorzy, mając mniej lub więcej doświadczenia własnego, nie zachęcali zbyt do podejmowania prób w tym kierunku.

Tak „rozwijała“ się tedy ortodontja do lat ostatnich, dopóki wybitniejsi praktycy nie wystąpili z pracami, głosząc *urbi et orbi* o swych doświadczeniach. Z pośród tych, którzy z zapałem i niezgiętą wytrwałością przystąpili do rozwiązania tego wielkiego zadania, wyróżnił się przedewszystkiem Edward Angle (St. Louis). Nieustające badania jego dały ostatecznie wspaniały wynik; stworzył on system przyrządów ortodontycznych, dających się łatwo zastosowywać do każdego poszczególnego przypadku. Ów okres empiryczny bez racjonalnej metody traktowania nieprawidłowości zębów należy prawie zupełnie do przeszłości; otrzymał on miano „starej szkoły“.

W roku 1886 wprowadził Angle rurki metalowe na bandażach z krętem dla umocowywania łuku sprężystego, a sposób ten daje proste, silne i doskonałe połączenie (wiązanie) bandaży z łukiem. Sposób ten stanowi znaczny krok naprzód i nadzwyczaj ważne ulepszenie na bandażu Schange'a.

Na IX Międzynarodowym kongresie lekarskim w r. 1887 Angle demonstrował po raz pierwszy swój sposób prostowania zębów. W tymże samym roku wprowadził on *nowe srebro* (mieszanina miedzi, niklu i cynku w różnym stosunku, zależnie od celu użycia) jako metal, nadający się doskonale do wyrabiania przyrządów ortodontycznych Drut mosiężny dla podwiązek, odgrywający tak ważną rolę podczas leczenia ortopedycznego, wprowadził również Angle.

Nie ulega już żadnej wątpliwości, że system Angle'a, zawierający w sobie także zdobycze takich specjalistów jak Kingsley, Baker, Case i t. d., wybił się na pierwszy plan i zdobył powszechne uzna-

nie. Ortodontja stała się obecnie nauką ścisłą i stanęła na piedestale specjalności lekarskiej; jej znaczenie i powaga objęły już wszechwładnie swoje panowanie. Stara szkoła ma, wprawdzie, jeszcze obrońców, głoszących, że ci, którzy tylko podług jednej metody pracują i tę jedynie uważają za skuteczną i stosowną, stwierdzają, że terapja ich niema podstaw naukowych (Pfaff). Wywody powyższe i tym podobne same za siebie mówią, i trudno im zjednać zwolenników, a jeszcze trudniej przekonywać i nawracać do dawnej swobody tych, którzy już poznali system Angle'a; sami obrońcy starej wolności działania poczynają też coraz częściej stosować łuk ekspanzyjny.

Pierwszy opis swoich przyrządów i swej metody wydał Angle w małej broszurce w r. 1892; jako wydanie 6-te dziełko to ukazało się w r. 1900. Wspaniałe dzieło pod tytułem: „Malocclusion of the Teeth and Fractures of the Maxillae“, wydanie siódme pracy Angle'a, wyszło w r. 1906 jako zupełnie przerobione i uzupełnione dzieło, lecz bez rozdziału o złamaniach szczęk, jako nie wchodzącego w zakres czystej ortodontji. Niemieckie tłumaczenie tego dzieła epokowego ukazało się w r. 1908, a w przygotowaniu jest już nowe wydanie oryginału oraz wyczerpanego tłumaczenia niemieckiego.

Wobec tak imponującego rozwoju ortodontji wzrosły również niezmiernie i wymagania nasze, a z niemi powiększyły się trudności leczenia, którego celem jest dążenie do normalnego zwarcia, czyli okluzji, gdyż ta daje najlepszą rękojmię trwałego utrzymania nowego położenia zębów w szczęce. Wyniki, osiągnięte dzięki przyrządom starej szkoły, którymi się wówczas zachwycano, straciły bardzo na wartości, dzięki nowej erze systematycznego leczenia.

Wobec znacznego zwrotu oraz przełomu, jaki nastąpił w latach ostatnich, trudno sobie wyobrazić, aby wszyscy się przekonali o bezwzględnej wyższości pewnej nowej metody. W obronie swoich poglądów i sposobów leczenia walczono też często na łamach pism zawodowych z wielką zaciętością, ale w końcu systematyczne leczenie odniosło zupełne zwycięstwo nad chaosem szkoły starej. Metoda „nowej szkoły“ dała ortodontji trwałą podstawę naukową, opartą na niewzruszonych zasadach normalnego zwarcia zębów czyli okluzji normalnej.

A jednakowoż któż nie słyszał o metodzie Calwina Case'go, ko-

goż nie porywały jego doskonałe wprost wyniki na polu ortopedji twarzy? Specjalista ten prowadził też istną wojnę przeciwko stanowczemu dążeniu do normalnej okluzji. Przyrządy jego są zwykle oryginalnego pomysłu, niekiedy zaś bardzo skomplikowane, a to dzięki zbytniemu uporowi.... autora, torującego sobie własną drogę, która nie zawsze bywa najprostszą, ale za to oryginalną. Za wszelką bowiem cenę unika Case jakiegokolwiek naśladownictwa; jego klasyfikacja anomalji jest wysnuta z innego, własnego punktu widzenia; co inni fotografują, on rysuje; zamiast fotografji zdejmuje on maski z twarzy i t. d.

Książka Case'go: „Dental Orthopaedia" uwzględnia przedewszystkiem stronę techniczną, lecz jest mimo to pracą najzupełniej naukową, w której się uwydatnia nadzwyczajne doświadczenie i biegłość autora. Używa on wogóle tylko nazwy „ortopedja dento-facjalna", a dla wyglądu i upiększenia, dla swej „Line of harmony" nie cofa się ten duch opozycyjny przed ekstrakcją. Należy tutaj jednak w obronie Case'go zaznaczyć, że ekstrakcja może być wskazaną w przypadkach bardzo rozwiniętych, gdzie wiek chorego dla leczenia ortodontycznego już stanowi pewną granicę działalności; tutaj konieczne są wogóle sposoby i przyrządy niezwykłe, wymagające rutyny specjalisty wytrawnego. Case przedstawia jednostkę wybitną i nadzwyczaj zdolną, władającą swą metodą po mistrzowsku. Jego łuk podwójny wszedł też do systemu Angle'a jako aparat, działający doskonale w przypadkach, do których jest przeznaczony.

Prócz Case'go wymienić należy jeszcze Jackson'a, który również opracował swoją metodę. Przyrządy tego specjalisty mają zastosowanie ze strony językowej zębów i są spajane cyną. Działają one dobrze przy zwężonych łukach, w celu ich rozszerzenia, lecz potrzebna jest wielka biegłość, żeby z biegiem leczenia odpowiednio zmieniać łuk druciany podług rysunku, a wiedzieć należy, że rozginanie łuku dla strony językowej jest daleko trudniejsze od rozginania łuku Angel'a. Aparaty Jackson'a stosują niektórzy zwolennicy Angle'a dla leczenia klasy I podług Angle'a, kończąc okres ostatni leczenia łukiem ekspansyjnym, który daje możność wykonywania delikatnych ruchów zębów.

Jakkolwiek trudno przewidzieć, w jakim kierunku pójdzie rozwój dalszy ortodontji, według doświadczeń dotychczasowych można

jednakże śmiało powiedzieć, że łuk ekspanzyjny Angle'a z umocowaniem międzyszczękowem Baker'a jest wprost aparatem idealnym dla leczenia prognatji i progenji, t. j. klasy II i III podług Angle'a.

Tak przedstawia się rozwój i stan ortopedji dentystycznej w fazach głównych, a chociaż nie może się poszczycić świetną przeszłością, jednak powstał na zgliszczach „starej szkoły" wspaniały gmach nowy, który coraz bardziej zachwyca świat cywilizowany wynikami wprost zadziwiającymi.

Na podstawie powyższych danych nie trudno uznać wyższość jednolitego systemu Angle'a nad innemi metodami tak z teoretycznego jak i praktycznego punktu widzenia. Zadaniem naszem powinno być przyswajanie sobie zdobyczy ortodontji obecnej, idąc utorowanym już szlakiem do dalszego rozwoju i postępu.

D. c. n.

Dział sprawozdawczy.

47) Dr. Parreidt (Lipsk). **Metoda potęgowania działania środków miejscowo-znieczulających podług Gros'a i praktyczne zastosowanie jej podług Läwen'a** (Deut. M-ft f. Zahn.-de 1, r. b.).

Za czynnik działający w rozczynach soli środków miejscowo-znieczulających uważać należy zwolnioną ich zasadę wskutek hydrolitycznego rozszczepienia. Zasada ta działa na zakończenia nerwów analogicznie do działania środków narkotycznych w centralnym systemie nerwowym. O słuszności tego przypuszczenia przekonać się można drogą dodawania do rozczynów soli chlorowych środków miejscowo-znieczulających, zawierających bardzo małe zasady, nieznacznej ilości alkalji sodowych. W rezultacie otrzymamy zwolnioną zasadę miejscowo-znieczulającego środka i chlorek sodu. Drogą doświadczeń na żabach Gros dowiódł, że zasady działają silniej i szybciej niż sole, że zatem używać można słabszej ich koncentracji (szczególniej nowokainy). Zastosowanie zasad okazuje się, niestety, niemożliwem, gdyż wyklucza możność dodawania preparatów nadnerczy. Potęgowanie działania środków miejscowo-znieczulających da się osiągnąć drogą stosowania bardziej hydrolitycznych kombinacji soli chlorowych z wę-

glanem sodu, dających rozczyny o kwaśnej reakcji, nie przeszkadzających działaniu preparatów nadnerczy. Kombinacje te jednak nie mogą być jednakowo zastosowane do wszystkich metod miejscowego znieczulania. Przy nasiękowem znieczulaniu podług Schleich'a nie robi różnicy, czy użyte będą sole chlorowe czy węglanowe, ponieważ płyny tkankowe (zawierając dwuwęglany i inne sole słabych kwasów) przetwarzają zastrzyknięty płyn w związki dwuwęglanowe, przyczem działanie przenosi się na te ostatnie, a nie na związki chlorowe. Przy znieczulaniu przewodnem (Leitungsanaesthesie) niczego podobnego oczekiwać nie można. Tu bowiem stężony rozczyn stosowanego środka działa na ograniczonym uczątku tkanek, a zatem ograniczona ilość napływającej cieczy tkankowej nie jest w stanie wykonać zamiany na węglany. Ponieważ długotrwałość i siła znieczulania zależą od wchłonięcia przez nerw stężonej zasady z rozczynu, jasno wynika, że rezultat, osiągnięty przy chloridach, jest gorszy, niż przy rozczynach dwuwęglanowych. Jeszcze jedno przemawia za zaletą dwuwęglanów. Przy wchłanianiu przez nerw z soli zasady zwolniona zostaje część kwasu, który był z nią związany. Kwas ten łączy się z płynem tkankowym (fosforany i węglany), a o ile go nie wystarcza z białkami, a zatem szkodzi tkankom. Jeżeli nawet ostatni objaw nie daje się zauważyć, w każdym razie powstaje zmiana alkalicznego odczynu płynu tkankowego. Przy znieczulaniu nasiękowem wynik ten ma niewielkie znaczenie, gdyż wrażliwe tkanki nerwowe pozostają nietknięte. Najodpowiedniejszym w tym celu miejscowo-znieczulającym środkiem jest nowokaina. Wadę jej rozczynów przy stężeniu więcej niż 2 — 3% stanowi wydzielanie się kwasu węglowego.

A. Läwen stosował metodę Gros'a w klinice uniwersyteckiej w Lipsku. Dwuwęglany z nowokainą działały na obwodowe zakończenia czuciowe nerwów silniej, niż sole chlorowe. Doświadczenia, robione wspólnie z Heinecke'm, ustaliły minimalne granice dla soli chlorowych 0,01, a dla dwuwęglanów 0,05 do 0,03% i (Gros) 0,02%. Wszakże dla człowieka dostateczne jest 2—3 razy mniejsze stężenie, aniżeli związków chlorowych. Następnie Läwen stwierdził, że jednorazowe przegotowanie rozczynu potęguje jego działanie; tłumaczy to Gros przemianą części dwuwęglanów w węglany, posiadające większą hydrolizę; wskutek zwiększania się ilości zasady nowokainy

mamy silniejsze działania. Wszystkie rozczyny mają odczyn słaboalkaliczny. Wpływu na działanie preparatów nadnerczy nie spostrzegano. Długotrwałość znieczulania przewodnego (drogą przewodnictwa) była większa, a znieczulanie przyśpieszone, co jest bardzo ważnem w praktyce codziennej. Läwen zwraca uwagę na przydatność takich rozczynów w dentystyce. Wyczekiwanie, jeśli idzie o górną szczękę, trwa 2 minuty (przecięciowo 4 minuty). Autor ten zastrzykuje dawkę większą od ogólnie przyjętej, a mianowicie 2—5 grm. 1% rozczynu.

Parreidt, wypróbowawszy metodę Läwen'a i Gros'a w praktyce, doszedł do pomyślnych wyników nawet w dolnej szczęce przy bolesnych zapaleniach ozębnej resp. okostnej i ropniu dziąsłowym. Rozczyny przygotowywano z proszków: *Novocaini 0,2*; *Natr. bicarbon. puriss. pro anal-Merck 0,15; Natr. muriat 0,03*, rozpuszczanych w 10,0 - H_2O. Przy zastosowaniu takiego rozczynu działanie było silniejsze, aniżeli przy rozczynie Läwen'a. Wzmożone działanie wywołano dzięki 3 razy większej niż u Läwen'a ilości *Natr. bicarbon.* Dr. Gros w teorji uważa taką kombinację za możliwą; lepiej jeszcze wyrzucić *Natr. muriat.*, ażeby płyn nie był zanadto tonicznym. Co się tyczy niezmienności płynu, to Parreidt po upływie 7 dni nie zauważył zmniejszenia się działania (syntetyczna suprarenina dodawana była tylko podczas użycia: 1 kropla, najwyżej 2 przy użyciu 2 grm. 2% rozczynu). Ubocznych objawów w rodzaju: bicia serca, przyśpieszenia tętna, dreszczów i t. p. nie spostrzegano. Tłumaczy to się zmniejszeniem dawki suprareniny. *Dolor post extractionem* nie dawał się zauważyć. Parreidt zaleca następującą receptę: *Novocaini 0,2*; *Natr. bicarbon. pur. pro anal. 0,15 na 10,0* H_2O. Bezpośrednio przed użyciem dodaje się 1 — 2 krople *suprareninum syntheticum* wyrobu firmy „Farbwerke vorm. Meister Lucius et Brüning (Höchst n. Menem). *C.*

48) Prof. Fischer Guido. (Greifswald). **Doświadczenia praktyczne w dziedzinie znieczulania miejscowego** (Deut. Monft. f. Zde 1, r. b.).

Obszerna praca autora obejmuje wyniki całego szeregu doświadczeń, dotyczących znieczulania miejscowego. Doświadczenia te, oparte na ścisłych badaniach naukowych, rzucają wiele światła na obchodzącą nas sprawę. Autor, wbrew Herrenknecht'owi, oddaje pierwszeństwo miejscowemu znieczulaniu przed ogólną narkozą. Nawet

w ogólnej chirurgji miejscowe znieczulanie zdobywa sobie coraz szersze tereny. Zdaniem autora, nowokainie sądzono w niedalekiej przyszłości zupełnie wyrugować z użycia kokainę.

Od czasu wprowadzenia w użycie pasa na szyję wynalazku autora (Staungsbinde) ogólnych komplikacji przy użyciu nowokainy nie zauważono. Bóle następcze stały się zjawiskiem rzadkiem. Rana poekstrakcyjna goi się doskonale. Główną rzecz stanowią właściwości techniki wstrzykiwań i stosowane dawki. Pomyślny wynik jest zapewniony w 95—98% przypadków przy prawidłowem użyciu. Braun uważa zwrot ku kokainie za krok w kierunku wstecznym. Potęgowanie rozczynów nowokainy podług Gros'a i Läwen'a było wypróbowane przez autora w praktyce w postaci $1^1/_2$ rozczynu nowokainy z 0,4% Natr. bicarb. i 0,4% Natr. chlorat. w 10,0 H_2O. Roczyn ten nie wywołuje krwawienia. Znieczulenie otrzymywano doskonałe; następowało ono szybciej, lecz zato po zastrzyknięciu spostrzegano uboczne objawy w rodzaju bicia serca, przyśpieszenia tętna, dreszczów, zawrotu głowy i t. d. Przy zmniejszaniu dawki *Natr. bicarbon.* uboczne objawy były słabsze, lecz zawsze je jednak spostrzegano. Rozczyny nie dają się przechowywać i zabarwiają się przy dodaniu suprareniny po kilku godzinach. Williger również wypróbował działanie alkalicznego rozczynu nowokainy i ocenia go w duchu ujemnym. Co do znieczulania wrażliwej zębiny, autor pomiędzy innemi przytacza następujące uwagi. Miejscowe znieczulanie zębiny musi być robione jaknajmniejszą ilością wstrzykiwanego płynu, nie doprowadzając do zbyt silnego ciśnienia w tkankach, ażeby nie uszkodzić żywotności miazgi. Stosowanie tego rodzaju znieczulania pożądane jest wyłącznie u bardzo wrażliwych pacjentów. Przy leczeniu zapaleń miazgi miejscowe znieczulanie bywa celowe w niektórych tylko przypadkach, jak np. przy wewnętrznych zębiniakach i przy obnażeniu miazgi. Co zaś do dalszego leczenia, to autor zgadza się ze zdaniem Schroeder'a, który domaga się przyżegania zapalonej miazgi, ponieważ tylko taka miazga może być następnie całkowicie usunięta z kanału korzeniowego.

Przy znieczulaniu miejscowem cała uwaga powinna być zwrócona na technikę tegoż i na indywidualne właściwości danego przypadku (Szczegóły można znaleźć w podręczniku autora: „Lehrbuch der lokalen Anaesthesie").

Przeciwskazania do miejscowego znieczulania: niemożność zastosowania tegoż np. przy zesztywnieniu stawu, rozlanych ropnych zapaleniach okostnej, szczególnie podnieceni neurastenicy, histeryczki i t. d. *R.*

49) Vuilleumier (New York). **Tężec i próchnica** (Items of Interest. Wien. Viert.-Fachblatt. 5, r. b.).

Autor podaje bardzo ciekawy przypadek tężca, obserwowany w „Harlem Hospital"w New-Yorku. 10-letnia pacjentka zgłosiła się z nieznaczną spuchlizną na karku, datującą od 4 dni; mogła ona rozmawiać i przyjmować pożywienie. Następnego dnia z rana jednakże pacjentka mogła otwierać usta nieco zaledwie, a nad wieczorem nastąpił całkowity szczękościsk. Narzekała na ból głowy i zębów. Śluz wylewał się z pomiędzy warg, później zaś, tego samego dnia, zwymiotowała przezroczysty płyn. Stałego pożywienia pacjentka nie mogła już przyjmować. Po 8 dniach przeniesiono ją do sali operacyjnej i wyjęto 2 dwuguzkowce i jeden przedni ząb. Próba ogólnego uśpienia nie udała się, gdyż dostała ona natychmiast napadu konwulsji, usuniętego za pomocą amylnitritu. Ponieważ były objawy tężca, a stan pacjentki pogarszał się z godziny na godzinę, zastrzyknięto 18 cem. surowicy przeciwtężcowej. Nazajutrz wystąpiły silne kurcze kloniczne. Podczas jednego z tych napadów pacjentka zmarła tegoż wieczora. Sądząc z obrazu klinicznego, należało postawić djagnozę *tężca.* Nie udało się odnaleść na ciele żadnej rany; jedynie podejrzenie wzbudziło kilka spróchniałych zębów. Wyjęto je i poddano badaniu.

Badanie bakterjologiczne wykazało: streptokoki, stafilokoki, laseczki (krętki) i diplokoki. Na zasadzie hodowli ustalono obecność lasecznika tężca. Pacjentka miała zwyczaj dłubania w zębach wszystkiem, co miała pod ręką: słomką, igłami, szpilkami i t. d. Wiadomo, że lasecznik tężca znajduje się w ziemi ogrodowej. Możliwem jest wskutek tego, że np. rzodkiew, niedostatecznie oczyszczona, nosiła zarodek zakażenia, przyczem spróchniałe zęby stanowiły wrota, które sprzyjały wtargnięciu drobnoustroju tężca. *Z. F.*

50) Kren O. Schorzenie śluzówki jamy ustnej przy niektórych chorobach skóry. (Jeżemiesiacznik uszn., nosow. i gorłow. bolezniej 3, r. ub.)

Znana jest grupa chorób skórnych, które stanowią tylko je-

den z objawów chorób całego organizmu, jak np. przy ospie, odrze, syfilisie, łuszczynie, gruźlicy i t. p. Wysypki te, według propozycji prof. Hebry, zwą się symptomatycznemi chorobami skóry. Z idjopatycznych wysypek kilka tylko sięga po za granicę skóry i wywołuje na sąsiednich śluzówkach odpowiednie wysypki. To dało powód do hypotezy, że skóra i śluzówka są gałęźmi tego samego organu skórnego. Zwykle schorzeniom śluzówki jamy ustnej towarzyszy odpowiednie schorzenie skóry, co, rzecz prosta, ułatwia rozpoznanie ich, ale zdarzają się przypadki schorzeń wyłącznie śluzówki jamy ustnej i wówczas trzeba stawiać djagnozę tylko z wyglądu śluzówki; z drugiej strony pewne choroby skóry nigdy nie bywają spostrzegane na śluzówce, jako to zapalenie torebek resp. mieszków włosowych *(folliculitis)*, ponieważ na śluzówce niema włosów, następnie trądzik *(acne)*, chociaż na śluzówce dorosłych spotyka się gruczoły tłuszczowe, wyprysk czyli pryszczyca *(eczema)*, umiejscowiona na wargach, bardzo rzadko daje się zauważyć na śluzówce jamy ustnej, również blaszek łuszczyny *(psoriasis)*, podług autora, nigdy nie spotykano, aczkolwiek inni autorowie zapewniają, że je widzieli.

Autor dość szczegółowo opisuje następujące schorzenia śluzówki jamy ustnej: rumień wielokształtny *(erythema multiforme seu exudativa multiforme)* i zbliżona do niego pokrzywka rumieniowa *(er. urticans)*, pęcherzyca *(pemphigus)* i toksyczne wysypki *(exanthema)*. W dalszym ciągu autor zastanawia się nad następującemi chorobami: czerwony liszaj płaski *(lichen ruber planus)*, liszaj (toczeń) rumieniowaty *(lupus erythematodus)*; rzadkiemi są: zrogowacenie ciemne *(acanthosis nigrans)*, twardzina *(sclerodermia)*, znamię *(naevus)*, rozszerzenie naczyń włosowatych czyli naczyniak *(telangiectasis)*, kępki *(xanthoma diabeticum* i mięsaki *(sarcoma idiopathicum)*. *R.*

51) Elephantiasis lymphangiectodes (słoniowacizna) wargi górnej. Na posiedzeniu sekcji skórno-wenerycznej przy Warszawskiem T-wie Lekarskiem, odb. w dniu 9. VI r. ub., dr. Bernhardt mówił o dwóch przypadkach wyżej wymienionej nader rzadkiej choroby.

Spostrzeżenie dotyczyło 2 sióstr w wieku 11 i 18 lat.

U starszej siostry sprawa zaczęła się rozwijać około 10 roku życia, u młodszej w 9 roku. Pozostałe rodzeństwo zdrowe. Starsza siostra często miewa katary nosa i pęcherzykowatą wysypkę na skórze górnej wargi *(herpes labialis)*.

Cała górna warga jej jest znacznie zgrubiała *in toto*, o miękkiej spoistości i niezmienionej barwie skóry.

Zgrubienie kończy się wyraźną granicą mniej więcej u fałdy noso-wargowej. Grubość wargi podlega wyraźnym wahaniom. Zupełnie analogiczne zgrubienie górnej wargi widać było też u młodszej siostry. Zgrubienie to jednak zajmowało tylko lewą połowę wargi. Granice zgrubienia wyraźne.

W dyskusji dr. Watraszewski wskazywał za możliwy związek pomiędzy często powtarzającym się *herpes* i powstaniem słoniowacizny. Dr. Kozerski wspomina, że pewna grupa badaczy uważa słoniowaciznę za sprawę pochodzenia zakaźnego (paciorkowcowego), a d-rzy: Ważyński, Wernic, Wojciechowski często widywali słoniowaciznę, powstałą po przebytej róży. („Przeg. ch. skór. i wen." 11, 12 r. ub.).

R.

52) Ledermann. Szankier pozapłciowy. (Arch. f. Derm. u. Syph. B. 100, H. I—3. Żurn. kożn. i wener. bol. 2, r. b.).

Spostrzeżenia autora obejmują 104 przypadki pozapłciowego szankra (51 kobiet i 53 mężczyzn); 25 chorych było w stanie małżeńskim. Najstarszy wiek przy pozapłciowym szankrze w spostrzeżeniach autora dotyczy 17-letniego mężczyzny. Zawód był powodem tylko w 5 przypadkach—u 3 lekarzy i 2 akuszerek. U czterech chorych szankry tkwiły na policzku. Jeden szankier znajdował się na śluzówce policzka. Szankry podbróbka spostrzegano wyłącznie u mężczyzn i pochodziły z zakażenia w zakładach fryzjerskich. Rzadsze jest umiejscowienie na dziąsłach. Autor miał takich przypadków dwa. Na języku sklerozę zauważono 4 razy, na migdałach — 7 razy. Na wargach szankier obserwowano w 60 przypadkach, t. j. więcej niż w połowie. W 19 przypadkach szankier znajdował się na górnej wardze, a w 40 na dolnej.

R.

XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

W dniach 18—22 lipca r. b. odbył się w Krakowie XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Przyjmowało udział przeszło 1300 osób, w czem liczba członków i uczestników wynosiła 1271.

W przeddzień zjazdu w sali Krakowskiego Domu Lekarskiego odbył się uroczysty obchód z powodu 50-letniego jubileuszu „Przeglądu lekarskiego”, który, będąc najstarszem pismem polskiem, położył wielkie zasługi dla nauk lekarskich na ziemiach polskich. Specjalny jubileuszowy numer „Przeglądu lekarskiego” podaje wyczerpujący obraz historycznego rozwoju tegoż pisma. Polskie organy pokrewne, jak „Nowiny Lekarskie” (Poznań), „Gazeta Lekarska”, „Medycyna” i inne poświęcone zostały jubileuszowi, zaś reprezentanci wszechnic polskich, towarzystw lekarskich i przyrodników, przyjaciół nauk polskich, delegacji pobratymczych narodów słowiańskich (czeskiego, chorwackiego i rosyjskiego), dalej reprezentanci władz państwowych w serdecznych słowach życzyli „Przeglądowi Lekarskiemu” dalszego pomyślnego rozwoju...

Wspólne posiedzenie zjazdu odbyło się w dniu uroczystego otwarcia w sali Starego Teatru. Po mowie powitalnej gospodarza zjazdu, prof. Nowaka, nastąpiły specjalne przemówienia delegacji oraz odczyt prof. d-ra Romera „O krajobrazie”.

Na drugiem wspólnem posiedzeniu, odbytem w dniu 24 lipca nastąpiły: przeczytanie rezolucji poszczególnych sekcji, odczyt d-ra Heliodora Święcickiego z Poznania „O estetyce w medycynie” i w końcu oficjalne zamknięcie zjazdu.

Na rautach, wydanych przez komitet gospodarczy i miasto w salach Starego Teatru, panował nastrój wesoły i serdeczny, a krakowscy gospodarze sekcji poszczególnych ugaszczali jeszcze oddzielnie u siebie uczestników danych sekcji z prawdziwą staropolską gościnnością.

Wobec znacznej ilości zgłoszonych referatów i rozbieżnych pod względem treści tematów, cały materjał rozdzielono na sekcje, które ugrupowały się w poszczególnych zakładach naukowych.

Wobec z góry nakreślonego planu dział dentystyczny reprezentowany był w *sekcji stomatologicznej*, obradującej w ambulatorjum dentystycznem, mieszczącem się na Rynku Głównym № 22.

Gospodarzem sekcji stomatologicznej był prof. Wincenty Łepkowski z Krakowa, który w pracach przygotowawczych nie szczędził pracy celem uzyskania prelegentów i rozbudzenia jaknajszerszego zainteresowania, pozatem zaś starał się osobiście usunąć niejeden

Sprostowanie i uzupełnienie. W n-rze niniejszym, na str. 315 w. 9 w sprawozdaniu ze Zjazdu w Krakowie wydrukowano: „zaznaczyć należy, że ani jeden ze stomatologów krakowskich nie brał udziału w zjeździe; świadczy to o małem zrozumieniu doniosłości Zjazdu...” powinno zaś być: *„zaznaczyć należy, że mimo swej obecności w Krakowie wielu z tamtejszych stomatologów nie było obecnych, świadczy to o małem zrozumieniu doniosłości Zjazdu...”*

Lista uczestników sekcji stomatologicznej przedstawia się tak: 1) Prof. W. Łepkowski (Kraków), 2. prof. Bohosiewicz (Lwów), 3) dr. Mischke (Lwów), 4) Perliński (Poznań)), 5) dr. Zalewski (Kraków), 6) dr. Gruszczyński A. (Warszawa), 7) dr. Gelbard H. (Warsz.), 8) dr. Leszczyński Ad. (Warsz.), 9) dr. Brenneisen S. (Warsz.), 10) dr. Sędzielowski J. (Kraków), 11) dr. Syrop (Kraków), 12) dr. Steinberg (Kraków), 13) dr. Mirtenbaum (Kraków), 14) dr. Jeżowerówna (Rzeszów), 16) dr. Czarnowski (Lwów), 17) dr. Idziński (Żywiec), 18) dr. Landau (Lwów), 19) dr. Meszel (Lwów), 20) dr. Kulesza (pedjatra z Warszawy), 21) dr Cieszyński A. (Monachjum), 22) dr. Merunowicz (Kraków), 23) dr. Haber (Kraków), 24) dr. Schalit (Tarnów), 25) dr. Wodnicki (Tarnów), 26) dr Dundaczek (Kraków), 27) dr. Piepes (Kraków), 28) dr. Kasprzycki (Lwów), 29) dr. Lippel G. (Wiedeń), 30) dr. Gelbard (Częstochowa), 31) dr. Jaworowicz F. (Poznań), 32) dr. Wolański A. (?), 33) dr. Dattner H. (Lwów), 34) dr. Wisłocki J. (Kraków), 35) dr. Stefański E. (Kraków).

P. S. Listę niniejszą zakomunikował nam p. Stefański.

dysonans, powstały mianowicie na gruncie warszawskim między miejscowymi stomatologami a odontologami.

Pomimo że liczba stomatologów i odontologów w trzech zaborach jest znaczna, na pierwszem posiedzeniu zgromadziło się zaledwie 43 uczestników. Najsłabiej było reprezentowane Królestwo (7) dalej zabór pruski, który na 55 lek.-dentystów miał dwóch tylko reprezentantów; z Rzeszy niemieckiej zgłosił się jeden tylko lekarz-dentysta. Resztę uczestników stanowili stomatolodzy austrjaccy. Zaznaczyć należy, że ani jeden ze stomatologów krakowskich nie brał udziału w zjeździe; świadczy to o małem zrozumieniu doniosłości zjazdu, a zwłaszcza zjazdów polskich, urządzanych w bardziej trudnych aniżeli gdzieindziej warunkach; fakt ten stwierdza wielką apatję naszych kolegów w stosunku do spraw naukowych i zawodowych.

Pomimo stosunkowo niewielkiej liczby uczestników, w sekcji stomatologicznej istniał zespół doskonały. Ze zgłoszonych 24 referatów wygłoszono 23; wymiana myśli w dyskusjach była ożywiona, a poziom wygłoszonych referatów i zdań podczas dyskusji oraz pokazów dorównywał śmiało zjazdom zagranicznym w naszej specjalności.

Tematy referatów dotyczyły:

1) dentystyki rozpoznawczej, mianowicie rentgenografji,—ref. 2;

2) chirurgji dent.—8;

3) dentystyki zachowawczej—4;

4) ortodontji—1;

5) farmakologji i stomatologji—1;

6) techniki dentystycznej—4;

7) z pogranicza nauk ogólno-lekarskich i stomatologicznych i hygjeny jamy ust—ref. 3.

Dnia 18 lipca o godz. 3 po poł. I posiedzenie.

Gospodarz sekcji zagaił posiedzenie, powitał w serdecznych słowach przybyłych członków. Na przewodniczących honorowych wybrani zostali: dr. Bohosiewicz (Lwów), dr. Cieszyński (Monachjum), dr. Gruszczyński (Warszawa), dr. Leszczyński (Warszawa), dr. Lippel (Wiedeń), dr. Merunowicz (Kraków), dr. Wodniecki (Tarnów); na sekretarzy: dr. Praetzel, dr. Schalit, Stefański, dr. Zalewski.

Przystąpiono do wygłoszenia referatów:

1) Dr. Gruszczyński. (Referat zbiorowy: dr. Gruszczyński, dr. Brenneisen, dr. Meyer): *Aseptyka i antyseptyka w dentystyce.*

Prelegent, przedstawiwszy idealny stan aseptyki i antyseptyki, podkreślił trudności, z jakiemi podczas rękoczynów dentystycznych, wobec wielkiej ilości drobnych przyrządów i narzędzi, walczyć nam należy. Słabą stronę w postępowaniu aseptycznem stanowią w naszej praktyce przeważnie rączki i kątnice do wiertarek. Drobnoustroje mogą być przenoszone dmuchawką zwykłej konstrukcji, która czerpie powietrze z jamy ustnej pacjenta. Zastąpić je należy dmuchawką pomysłu Brenneisena, o czem później. Świdry należy czyścić szczotką ręczną, a nie znajdującą się na maszynie, ażeby nie rozpraszać drobnoustrojów podczas zajęć praktycznych, później zaś należy je gotować. Powinno się zwracać następnie uwagę na urządzenie pokoju operacyjnego, na mycie dokładne rąk.

W dyskusji zabierali głos: Łepkowski, Cieszyński, Brenneisen, Steinberg, Gelbard i Lippel.

2) Dr. Lippel: *Stanowisko lekarza-dentysty wobec nauki.* Prelegent wykazuje konieczność posiadania znajomości wszelkich gałęzi medycyny, ażeby owocnie i z pożytkiem dla pacjentów a zarazem sumiennie módz pracować w specjalności stomatologicznej. Pozatem potrzeba gruntownego wykształcenia w specjalności samej, tak praktycznie, jak i teoretycznie oraz znajomości techniki dentystycznej.

3) P. Jachimowicz, jako gość demonstrował mostki. Chcąc dobrze zorjentować się w nowoczesnej technice dentystycznej dla względów dydaktycznych potrzebne są modele, któreby *ad oculus* demonstrowały różnego rodzaju kombinacje, jakie zachodzą w mostkach stałych lub do zdejmowania. Osiągnięte rezultaty nową metodą odlewania części składowych mostków, powszechnie dziś używaną, otworzyły zupełnie inne drogi w dziedzinie techniki dentystycznej. Autor demonstrował model duży, odlany w srebrze, rozebrał jego części składowe, z których jasno można pouczyć technika o zastosowaniu różnych sposobów robót metalowych.

4) Dr. Cieszyński. *Uwagi w sprawie znieczulania w dentystyce zachowawczej.*

Ze wszystkich dotychczasowych metod zupełnego usunięcia bólu

przy naszych rękoczynach jedynie wstrzyknięcie płynów znieczulających np. nowokainy 2% z przetworem nadnerczy (1 kropla rozcz. 1:1000 na 1 ccm. środka znieczulającego) daje jedynie dobre wyniki, o ile zastosowano odpowiednią technikę zastrzykiwania. Przy trzonowcach dolnych należy stale stosować technikę przewodną (Leitungsanaesthesie), posługując się igłami długiemi. W żuchwie znieczula się przy otworze żuchwowym igłą 4—4½ ctm. długości, w górnej szczęce wzwyż guza szczękowego igłą dł. 3—3½ ctm. Przy innych zębach wystarcza znieczulanie śróddziąsłowe. Wskazania stanowią:

I. 1) bolesne ubytki szyjkowe;

2) niedostępne ubytki na stronach stycznych przy zapaleniu miazgi całkowitem z ewentualnem zapaleniem wierzchołkowem ozębnej, gdzie stosowanie arszeniku jest przeciwwskazane;

c) przygotowywanie zębów, jako filary dla robót mostkowych, w celu bezbolesnego obcięcia korony zęba z żywą miazgą i wyjęcia tejże.

II. Ze względów ogólnych u bardzo nerwowych pacjentów, celem skrócenia posiedzeń, uzyskania dokładnego przygotowywania ubytków i uniknięcia zarazem wszelkich podrażnień.

III. Wykorzystanie znieczulenia przy wyjęciu zęba, a mianowicie znieczulenia, przerywającego przewodnictwo nerwu, także do celów przygotowywania ubytków.

Przeciwwskazań po uprzedniem stwierdzeniu stanu żywotności odnośnych zębów ewentualnie za pomocą prądu faradycznego niema. Nieodzowne natomiast są: najdokładniejsza znajomość położenia komory miazgowej, jej wielkość i budowa, wreszcie pewna ręka operatora. O ile podczas przygotowywania ubytku w znieczuleniu nie można ustalić odległości miazgi, należy ubytek zalepić prowizorycznie i dopiero na drugiem posiedzeniu zaplombować, stwierdziwszy uprzednio, czy miazga nie doznała obrażenia. Zarzuty, jakoby injekcje powodowały obumarcie, nie są uzasadnione, a przypadki, cytowane w piśmiennictwie, niedostatecznie umotywowane, a przed wstrzyknięciem nie zbadane dokładnie. Od obumarcia miazgi uchronimy się, dodając przetworu nadnerczowego do płynu znieczulającego. Upewni się o tem najpewniej operator, jeżeli płyn injekcyjny sam sobie przygotuje, a nie skorzysta z płynów gotowych, gdzie dawka suprareniny po części jest o 2—3 razy większa, aniżeli potrzeba. Po znie-

czuleniu miejscowem wrażliwość miazgi wraca po 4—5 minutach, a przy znieczulaniu żuchwowem po 5 kwadransach. W pierwszych dniach po znieczuleniu ogólna wrażliwość zęba bywa cokolwiek zwiększona, po jakich 3 — 4 dniach wraca do stanu normalnego. Amputowane lub niedostatecznie wyjęte końce miazgi, nawet 3—4 mm. dług., stają się znowu wrażliwymi i podlegają w korzeniach zaplombowanych powolnemu zwyrodnieniu, reagując jeszcze tygodniami na silniejsze zmiany temperatury, a nie zawsze na prąd faradyczny. Prócz tego występuje niekiedy wtórne zapalenie ozębnej szczytowej. Z tejże racji należy jedynie w jednokorzeniowych zębach wyjmować miazgę na jednem posiedzeniu i na temże plombować korzenie. W wielokorzeniowych zębach, gdzie z powodu budowy anatomicznej usunięcie miazgi doszczętnie nie zawsze jest możliwe, należy na pierwszem posiedzeniu amputować, a kikuty korzeniowe zatruwać ciastem arszenikowem i dopiero drugiego dnia zabieg dokończyć. Jakkolwiek znieczulanie w dentystyce zachowawczej jest jednym z większych postępów czasów ostatnich, w rękach niepowołanych może wyrządzić choremu wiele szkód.

Posiedzenie II. 19 lipca.

1. Dr. S c h a l i t (Tarnów). *Amputatio pulpae.* Prelegent opiera się na rezultatach badań Preiswerk'a i Fischer'a, którzy na preparatach korozyjnych wykazali niemożliwość doszczętnego usunięcia miazgi w wielokorzeniowych zębach. Prelegent uważa amputację miazgi za wskazaną w zębach wielokorzeniowych, gdzie wyjęcie jej ze względów anatomicznych napotyka poważniejsze trudności; nie zaleca jej zaś jako racjonalną metodę tam, gdzie wyjęcie zupełne uskutecznione być może.

Po wykładzie nastąpiła ożywiona dyskusja. Między innemi Cieszyński, godząc się w ogólnych zarysach ze zdaniem prelegenta, zwraca uwagę na niebezpieczeństwo, grożące po amputacji przy zapaleniu całkowitem miazgi, dalej przy częściowej zgorzeli miazgi w jednym lub drugim z amputowanych kikutów.

2. Dr. S t e i n b e r g, dr. S y r o p. *Ortodontja: O prostowaniu szczęk i zębów krzyworosnących oraz ich stosunku do zmian nosa, gardła i oddychania.* Obecny stan nauki ortodontji, oparty na ścisłych ba-

daniach anatomicznych i fizjologicznych, umożliwia za pomocą pojedynczych przyrządów bez bólu usunąć wszystkie nieprawidłowości w ustawieniu zębów i rozwoju szczęk. Regulacja winna być jaknajwcześniej przeprowadzana, najlepiej między 6—14 rokiem życia. Ponieważ znaczna część zmian w zębach zależy od chorób nosa i gardła, przeto leczenie tych powinno wyprzedzić leczenie zębów i szczęk nieprawidłowych. Nieleczone przypadki postępują stale i powodują przez złe gryzienie pokarmów bladnicę, niepokój nerwowy, bezsenność, a nawet zupełną niezdolność do nauki. Wygląd twarzy staje się nieestetycznym, a dzieci takie skłonne są do częstych zapaleń a nawet gruźlicy.

Dlatego obowiązkiem jest lekarzy domowych, dentystów i rynologów zwracać wcześnie uwagę rodziców na te zmiany i ich skutki, a dzieci takie skierowywać do ortodontysty dla specjalnego leczenia. Referenci przedstawili szereg modeli pacjentów od początku do końca leczenia.

3. Prof. dr. W. Łepkowski. *Wszczepianie zębów o złotych korzeniach.* Na podstawie 75 przypadków, wykonanych w przeciągu lat 3, autor doszedł do przekonania, że implantacja korzeni złotych metodą odlewania w przypadkach, w których niemożliwe jest założenie zęba ćwieczkowego, np. przy rozszczepieniu korzenia, stanowi racjonalną operację, i winna ona być używana w praktyce jako rękoczyn, którego ze względów estetycznych żadnym innym zastąpić nie można. Autor demonstruje pacjenta, u którego implantowano $\underline{4,2}|$, i kilka rentgenogramów, zdjętych z innych przypadków krótko po implantacji.

4. Dr. Gelbard (Warszawa). *Z dziedziny rentgenografji zębów i szczęk.* Powstawanie promieni Roentgen'a. Technika rentgenologiczna. Wskazania do rentgenografji zębów i szczęk. Pokaz szeregu własnych zdjęć, wykazujących szerokie zastosowanie promieni Roentgen'a do celów rozpoznawczych.

5. Dr. Cieszyński (Monachjum). *Demonstracja własnych nowych przyrządów do rentgenografji zębów i szczęk.* Do rentgenografji szczęk bądź to w ustach (intraorale Aufnahme), bądź to poza obrębem ust (extraorale Aufnahme) nadaje się najlepiej pozycja siedząca badanego. Poza obrębem ust zdjęcia wykonywuje się na specjalnem przez prelegenta skonstruowanem *wezgłowiu*: deska dębowa, którą zawiesza się i przytwierdza na zwykle używanym podgłówku, znajdującym

się przy dentystycznem krześle operacyjnem. Ruchy podgłówka krzesła udzielają się zarazem wezgłowiu, umożliwiając podnoszenie i pochylanie tegoż. Na desce wezgłowia przymocowane są dwa ruchome bagnety metalowe, służące jako podpory. Zasada ustalania głowy polega na opieraniu górnej szczęki przez wgryz (pacjent wgryza się w korek, przymocowany do końca jednego bagnetu) i na oparciu potylicy o ruchomą podpórkę, znajdującą się po drugiej stronie drugiego bagnetu. Badany czuje się w każdej nadanej pozycji swobodny, albowiem sam się z własnej woli przytwierdza do wezgłowia. Jedynie przy bolesnych stanach szczęk, gdzie wgryz jest niemożliwy, obraca się i pierwszy bagnet tak, żeby i on stanowił podpórkę dla głowy. Przy zdjęciach poza obrębem ust przeszkadza kręgosłup poziomy lub pionowa gałąź żuchwy od strony, oddalonej od płyty.

Drogą konstruktywną na przekrojach poziomych głowy prelegent uzyskał *3 typowe nastawienia promienia głównego i położenie ukośne głowy do płyt*, dozwalające przedstawić wykroje szczęk bez przeszkadzających cieni. Ażeby nieomylnie ułożyć głowę w żądanej pozycji, prelegent skonstruował *czapkę z djagramem*, na którym owe pozycje—położenie płyty i ustawienie odpowiednie promienia głównego są nakreślone. Czapka ta, należycie włożona, gwarantuje każdorazowy rezultat pod względem ustawienia i *dozwala na powtórzenie tegoż samego zdjęcia w czasie późniejszym.*

Do zdjęć zatoki szczękowej zaleca się zdjęcia z tyłu ku przodowi, opierając na płycie czoło. Rezultaty najkorzystniejszych zdjęć spisane były na tablicy poglądowej, zawierającej szkice ustawiania głowy i promienia głównego.

Prelegent podaje także *specjalną podstawę z przytrzymywaczem rurki*, umożliwiającą najróżnorodniejsze obroty podczas nastawiania (przyrząd podany w r. 1907).

Zdjęcia po za obrębem ust zdarzają się rzadko w praktyce dentystycznej i nie wypierają bynajmniej dotąd techniki używanej wśródustowej. Przyrządy specjalne do tychże zdjęć, podane w r. 1907, prelegent ulepszył, nie zmieniając zasady konstrukcji; pokazuje nowe modele.

6. Dr. L e s z c z y ń s k i (Warszawa) } *Pyorrhoea alveolaris.*
7. A. P e r l i ń s k i (Poznań) }

Prelegenci w obszernych referatach mówili o ropotoku zębodo-

łowym, przytaczając obecnie istniejące zapatrywania. Obok różnych środków, które mają być stosowane miejscowo, należy baczyć także na warunki konstytucyjne. Pozatem należy jak i w przypadkach bez wyraźnie wykryć się dającej przyczyny zwracać uwagę na gruntowne oczyszczanie zębów z kamienia nazębnego. Przyrządy, ustalające rozchwiane zęby, niekiedy zalecić można. Perliński pokazuje przyrząd własnego pomysłu. Tworzy on szynę łączną, uzyskaną metodą odlewania. Referent obcina na jakie 2—3 mm. części sieczne zębów, zapuszcza ćwieczki boczne, oszczędzając miazgę, modeluje szynę z wosku według pierwotnego wzoru zębów, odlewa ją w złocie, przymocowywując cementem.

8. Stefański, demonstrator zakładu dent. Uniw. Jagiell., mówił na temat: *Złamania szczęk i ich leczenie.* Autor czerpie obfitą literaturę z prac, ogłaszanych w chirurgji i dentystyce, odrzuca dotychczasowe sposoby, jako żmudne w robocie, a przykre dla pacjenta, i, idąc ściśle drogą techniki dentystycznej, zestawia szereg przypadków, wykonanych metodą, podaną także przez prof. Łepkowskiego w ambulatorjum dent. Uniw. Jagiell. Stosowana metoda ma związek z nowoczesną techniką dent., t. j. ze sposobem odlewania Solbrig-Platschik'a szyn aluminjowych. Sposób prosty ustawiania odłamków według zgryzu zębów przeciwnej szczęki dozwala nam odlać szynę z aluminjum, która, osadzona na stałe na cemencie, ustala odłamki i pozwala choremu natychmiast po założeniu wrócić do fizjologicznych funkcji żucia. Autor demonstruje szyny i rentgenogramy.

9. Arnstein (Kraków) demonstruje *przyrząd do nastawiania odłamków złamanych szczęk według prof. Łepkowskiego.* Trudność ustalania odłamków po złamaniu szczęki dolnej nasunęła prof. Łepkowskiemu myśl zbudowania przyrządu, za pomocą którego możliwe jest nastawianie tychże w ustach tak, aby wykonać szynę ustalającą ze zupełną ścisłością. Referent demonstruje aparat i jego działanie. Przyrząd ten bardzo pomysłowy, ostatnio skonstruowany, nie doczekał się jeszcze próby praktycznej.

10. Dr. Gelbard. (Warszawa). *Złamanie szczęk.* Rodzaje złamań; statystyka. Przyczyny dyslokacji. Rozpoznanie (chirurg i rentgenolog). Leczenie (chirurg i dentysta). Złamanie żuchwy u 7-letniej dziewczynki, poparte rentgenogramem.

11. Dr. Lippel (Wiedeń) demonstruje *sposób naprawiania od-*

łamanych zębów porcelanowych w mostkach. Zaczepki platynowe u zębów porcelanowych nacina się narzynaczem (Gewindeschneider), przymocowywuje się zamiast nakrętek specjalnemi okrągłemi blaszkami wydrążonemi, które z wyjątkiem zewnętrznego pierścienia mają poprzeczne przecięcie. W przecięciu tem znajdują się odpowiednio do odległości i grubości zaczepek dwa otworki. Ząb z narzniętemi zaczepkami przetyka się przez płytkę ochroną, na zaczepki zaś wciska się blaszkę wspomnianą, która wszczepia się tak mocno, że usunięcie zęba przy próbach palcem jest niemożliwe. Dzięki elastyczności blaszki przy próbach oderwania ząb tem silniej się wkleszcza. Metoda ta, jakkolwiek bardzo pomysłowa, nie zawsze możliwa jest do zastosowania w praktyce. Dalej Lippel przedstawił kiwetę, składającą się z 4 części, a umożliwiającą odlewanie sztanc do koron złotych dla siekaczy, kłów i t. d., wogóle do koron, przy których szyjka jest węższa, aniżeli zgryz lub strona sieczna. Ząb, stosownie wymodelowany, odlewa się w gipsie, wycina się go z modelu, odlewa się w kiwecie w dwóch lub trzech sztancach. Otrzymane drogą sztancowania dwie części korony lutuje się.

12. Dr. Brenneisen (Warszawa) przedstawił *dmuchawkę automatyczną.* Przyrząd składa się z kotła-kompresora, rur do wprowadzania i wyprowadzania powietrza, ogrzewacza oraz regulatora z nasadzonemi końcówkami. Kocioł musi być wykonany z blachy miedzianej lub żelaznej takiej grubości, by mógł wytrzymać ciśnienie 4 atmosfer (normalnie bywa ładowany 2—3 atmosferami). Objętość kotła =20—50 litrów. Kocioł jest opatrzony manometrem, klapą bezpieczeństwa oraz dwoma kranami, do których przytwierdzone są rury gumowe. Jedna z nich służy do napełniania kotła powietrzem, druga zaś przechodzi przez ogrzewacz, kończy się regulatorem z nasadzonemi końcówkami i służy do dmuchania. Ogrzewacze mogą być elektryczne (najdogodniejsze), spirytusowe i gazowe. Regulator pozwala nam przez naciskanie palcem klawisza wzmacniać lub osłabiać prąd powietrza. Końcówki są nasadzone tak, że dla każdego pacjenta można mieć świeżo wysterylizowaną. Końcówki te są czterech typów, dmuchające w kierunku prostym, pod kątem prostym, w bok i z tyłu.

13. Dr. Pietzel (Kraków). *Z zakresu chirurgji jamy ustnej.* Referent omawia metody, polecane przy trudnych ekstrakcjach

przez prof. Williger'a, w końcu pokazuje narzędzia, potrzebne do tychże rękoczynów.

Posiedzenie III. 20 lipca przed południem

Ponieważ porządku dziennego nie można byłoby wyczerpać na jednem posiedzeniu, odbywały się wykłady i pokazy równocześnie w dwóch salach.

1. Dr. Gelbard (Warszawa). *Z dziedziny chirurgji zębów i szczęk.* Zabiegi chirurgiczne przy leczeniu zębów w ogólnym zarysie. Wskazania zabiegów chirurgicznych przy zachowawczem leczeniu zębów. Rodzaje operacji. Stosowanie rentgenografji do tychże celów. Kazuistyka oraz zdjęcia rentgenograficzne.

2. Dr. Schalit (Tarnów). *Lecznictwo dentystyczne ostatniej doby.* Referent przytacza wyczerpujący pogląd na środki lecznicze, polecane w latach ostatnich. Zakomunikował też swe doświadczenia z niektórymi z tychże środków.

3. Dr. Cieszyński (Monachjum). *O obcinaniu wierzchołka korzenia.* Zęby, na pozór zdrowe, mianowicie przednie, najwyżej nieco ściemniałe, mają często z powodu urazu obumarłą miazgę, a na szczycie korzenia przy pomocy rentgenogramu daje się stwierdzić ziarniniak. Zębów tych zwykłemi metodami wyleczyć nie można. Również uporczywe podczas leczenia są zęby z przetokami, z martwicą wierzchołka, z ciałami obcemi po za wierzchołek przepchniętemi (np. odłamanemi igłami, plombami gutaperkowemi), z perforacjami w okolicy wierzchołka. Radykalne, szybkie wyleczenie zyskuje się drogą obcięcia wierzchołka korzenia po uprzedniem wyjałowieniu kanału i zaplombowaniu tegoż hermetycznie. Prelegent postępuje podług sposobu Partsch'a. Wprowadził jedynie pewne modyfikacje: 1) przy pierwszem cięciu nie przecina równocześnie błonki śluzowej i okostnej; cięcie okostnej prowadzi o 2 mm. wyżej. W ten sposób przyśpiesza się gojenie rany zewnętrznej o jaki 3—6 dni. 2) Ażeby nie narażać zęba podczas operacji na wstrząśnienie, nie posługuje się dłutem do odcięcia wierzchołka; rezekcję wykonywuje prelegent w ten sposób, że na określonej z góry wysokości trepanuje świdrem różyczkowym wierzchołek korzenia, widoczny w okienku wydłutowanem w blaszce zewnętrznej szczęki, a potem wchodzi w otwór utworzony

w wierzchołku świdrem szczelinowym, tnąc w lewo i prawo; odcięty wierzchołek 2—3 mm. wielkości wyważa prostym wyłuskiwaczem Bein'a; w końcu wyłyżeczkowywuje ekskawatorem łyżeczkowatem bardzo starannie ziarniniak. 3) Wydrążoną kość szczękową przemywa jodyną, wprowadzaną na gazie. 4) Referent nie tamponuje zazwyczaj rany; zeszywa ją 2—3 bocznymi szwami. 5) Przy zębach przednich nie oszczędza wiązadła wargowego, a tylko, obcinając je, łączy z płatkiem śluzówki; kończąc operację, przyszywa wiązadło do swojego miejsca. 6) Przy resekcjach w szczęce dolnej prelegent chroni miejsce operacyjne przed śliną, zakładając między wyrostek a język zwitki z papieru japońskiego.

Zagojenie rany wewnętrznej następuje po 7—12 dniach. Według kontrolujących zdjęć rentgenograficznych, spostrzedz można w 2 tygodnie po operacji pierwsze warstwy tworzącej się kości; po dwóch miesiącach—grubsze warstwy, po 4—6 miesiącach—kompletne zapełnienie ubytku szczękowego nową substancją gąbczastą, czyli stwierdzić można zupełne wygojenie. Prelegent nie waha się przeznaczać podobnie wyleczone zęby na słupki do robót mostkowych. Wskazane do operacji przypadki referent objaśnił na rysunkach szematycznych, na szeregu rentgenogramów: przypadki przed i po operacji, rezultaty różnych sposobów obcinania wierzchołka, dalej błędy operacyjne, w końcu proces gojenia. Równocześnie przedstawił pacjenta, u którego dokonał przed 5 laty obcięcia wierzchołka kła górnego po założeniu już przez kogo innego mostka na źle wyleczonym korzeniu. Podczas operacji wyjałowił referent korzeń przez otwór szczytowy, zaplombował szczyt jego hermetycznie cementem. Rana zewnętrzna kompletnie zagojona; mostek funkcje swoje sprawia doskonale. Ząb zaś mocno osiadły nie dał się w tym czasie nigdy we znaki.

4. P e r l i ń s k i A. (Poznań) pokazuje *roboty koronkowe i mostkowe* ostatnio robione metodą odlewania.

5. Dr. H a b e r (Kraków). *Szkolni lekarze-dentyści.* Referent wykazuje konieczność zaopiekowania się zębami dzieci szkolnych. Kończy rezolucją, mającą być przedłożoną na ostatniem posiedzeniu wspólnem, domagając się zarządzenia pierwszych kroków celem ustanowienia stomatologów szkolnych w Galicji. (Rezolucja ta; została na posiedzeniu Krakowskiego Towarzystwa stomatologów polskich jeszcze

tegoż dnia przyjęta i dołączona do rezolucji sekcyjnych na wspólne posiedzenie zjazdu).

6) Dr. Mischke (Lwów) mówi na temat: *Jama ustna a ustrój; ich wzajemny stosunek.* Referent wykazuje łączność zęba jako organu bardzo ważnego a stojącego w stałym związku z innymi narządami. Referat bardzo obszerny mało się nadaje do krótkiego streszczenia.

Dnia 21. VII o 3 ej po poł. odbyło się posiedzenie Krakowskiego Towarzystwa stomatologów polskich, na którem przeprowadzono zmianę ustawy. Według nowego brzmienia § 3 członkami mogą być nietylko stomatolodzy, lecz i odontolodzy, mający za sobą *studja uniwersyteckie.* Tem samem przyjmuje Tow. stomatologów polskich do swego grona i lek.-dentystów z patentem niemieckim, z Rosji i Królestwa zaś tylko stomatologów lub odontologów, którzy ukończyli studja za granicą w zakładach uniwersyteckich, nie zaś w zakładach prywatnych w Królestwie, nie stojących na wysokości wymagań stanu obecnego nauki.

Tow. stomatologów polskich postanowiło wydawać w początku roku przyszłego „Kwartalnik stomatologiczny". Wykłady, wygłoszone na zjeździe, mają stanowić pierwsze prace, objęte rubryką prac oryginalnych, pozatem ma być uwzględniony szeroko dział referatowy.

Prof. dr. Łepkowskiego z Krakowa obrano naczelnym redaktorem. Do składu redakcji wchodzą dalej: dr. Cieszyński, dr. Gelbard, dr. Lippel, dr. Mischke, lek.-dentysta Perliński, dr. Pietzel, dr. Schalit. Pan Stefański został administratorem.

Monachjum d. 20/VIII 1911.

Dr. Antoni Cieszyński.

List do redakcji.

W sprawie miejscowego znieczulania i tajemnych środków znieczulających.

Szanowny Redaktorze!

Sprawa wstrzykiwań śróddziąsłowych w dentystyce stanowi temat aktualny na stronicach organów zawodowych. I nic dziwnego.

Ulżenie pacjentowi bólu jest pierwszym obowiązkiem lekarza. Nasze starania więc winny być skierowywane w stronę najracjonalniejszego stosowania ostatnich zdobyczy w wymienionej wyżej dziedzinie dentystyki operacyjnej, czy dotyczy to samej techniki, czy też stosowanych środków.

Że sprawa wstrzykiwań śróddziąsłowych wszechstronnie zasługuje na uwagę i stała się aktualną, dowodzą owe liczne prace różnych powag na polu naukowem. Ustalono, że injekcja stanowi *sui generis* operację i to poważną, gdyż, już nie mówiąc o samej technice, przetwory do wstrzykiwań, jak wiadomo, nie są wcale niewinnymi, o czem świadczyć mogą liczne dane z literatury, stwierdzające różnego rodzaju przypadki zatrucia a nawet cięższe komplikacje ze strony czynności serca i centralnego systemu nerwowego.

Tymczasem często w praktyce widzimy pewne ignorowanie warunków wstrzykiwań śróddziąsłowych. Nie mówiąc o początkujących praktykach, którzy mało a nawet wcale nie obznajmieni są z techniką wstrzykiwań śróddziąsłowych, są tacy, którzy bez wyboru stosują injekcję niemal w każdym poszczególnym przypadku, czyli: mogące wystąpić objawy następcze mało a być może wcale nie są przyjmowane pod uwagę (sic!!) Pod tym względem, jak przekonać się mogłem, istnieje niekiedy taka pewność siebie, że nie uznaje się wcale przeciwwskazań do injekcji. Takie bezkrytyczne stosowanie środków znieczulających w każdym niemal przypadku jest błędem nie do darowania. W naszej praktyce, jak wiadomo, trudno jest przed injekcją bliżej zbadać narządy wewnętrzne, również nie znamy osobliwości pacjenta. A wiemy wszak co uczynić może owa bliżej nieznana idjosynkrazja. Powodować ona może powikłanie, które często niełatwo zwalczyć można. Miejscowe znieczulanie ma, mojem zdaniem, nie mniej osobliwości, niż narkoza ogólna, i grozi również niemniejszem niebezpieczeństwem, jak i ostatnia. Szastanie więc niem przez pewne osoby *bez wyboru* jest błędem zawodowym, grożącym wielką odpowiedzialnością.

W liście niniejszym miałem właśnie na myśli zwrócenie uwagi na owe rozpowszechnianie się zwłaszcza w ostatnich czasach wstrzykiwań i to w takim stopniu, że niektórzy, jak słyszałem, niemal w każdym przypadku stosują ten zabieg. Że ci następstw nie widzieli, nie dziwmy się, gdyż pacjenci po stwierdzonej komplikacji szukają zwykle pomocy u innych.

Obserwowałem dwa przypadki, w których z pewnych względów zrzekłem się zastosowania injekcji. A jednak stało się inaczej. Pewien kolega zabieg ten wykonał. I cóż się okazało? Pacjenci *bezbolesnej* operacji zmuszeni byli poświęcić dłuższy czas, aby znikły miejscowe i ogólne objawy, jakie wystąpiły po injekcji, i tylko dzięki energicznej interwencji lekarskiej przypadki te zakończyły się pomyślnie.

Wobec powyższego sądzę, że lepiej czynią ci praktycy, którzy na injekcję zapatrują się nie jako na bagatelkę i nie stosują jej z wielu względów bezkrytycznie u każdego niemal pacjenta. Należy zatem być bardzo ostrożnym przy wyborze każdego poszczególnego przypadku.

Jednocześnie z postępem metody wstrzykiwań śróddziąsłowych zaczęła się fabrykacja przeróżnych środków miejscowo-znieczulających. Pojawili się chętni „fabrykanci", którzy zajęli się *en masse*

wyrabianiem gotowych do użytku porcji płynu (w ampułkach). Kto w Boga wierzy, ten fabrykuje. Ze względów konkurencyjnych skład tych płynów stanowi tajemnicę. Zapytuję więc, czy wyroby, zestawione przez różnych pseudo-fabrykantów i chemików domorosłych, powinny mieć zastosowanie? Odpowiedź prosta: żaden uczciwy i szanujący się praktyk tego czynić nie będzie. Wszystkie te tajemne preparaty nie są dozwolone przez Radę Medyczną i zupełnie słusznie, gdyż przygotowywanie ich wymaga nietylko specjalnej umiejętności i wiedzy, lecz i odpowiednich przyrządów (wyjaławiaczy i t. p.). A zatem wszelkie środki, których skład nie jest wiadomy, nie powinny być stanowczo używane, gdyż naraża to pacjenta na niebezpieczeństwo, a praktyka na wielką przykrość; składy zaś dentystyczne nie powinny przyczyniać się do rozprzestrzeniania podobnego rodzaju preparatów. Wszelkie „xylominy", „atoxininy" i inne tego rodzaju preparaty o wątpliwym składzie i idjotycznych wprost nazwach, niedozwolone przez władzę lekarską, stanowiące wyroby przeróżnych domorosłych „chemików", „laboratorjów", nie powinny być używane. Wyroby znanych fabryk Merck'a, Meister Lucius'a, a u nas apteki Gessner'a mają już swoją zasłużoną renomę; za jałowość swych przetworów firmy te są odpowiedzialne.

Kilkoma powyższemi słowami pragnąłem zwrócić uwagę kolegów i sądzę, że słowa me nie pozostaną bez echa.

Racz przyjąć, Sz. Redaktorze, wyrazy szacunku i poważania

Dentysta *W. Z.*

Przyp. red. W powyższym liście kol. Z. słusznie zwrócił uwagę na manję, która ogarnęła wprost wielu praktyków. I my mieliśmy możność widzieć skutki tej manji (przypadki te przytoczymy). Z injekcjami należy bezwarunkowo być bardzo oględnym. Każdy przypadek należy indywidualizować, wziąwszy pod uwagę trudne warunki, w jakich zabieg ten przez nas bywa wykonywany. Wszystkie przeciwwskazania powinny być stanowczo uwzględniane; nieprzestrzeganie ich jest bardzo ryzykowne. Od czasu do czasu podajemy referaty obcych autorów, ostrzegających również od szastania injekcjami.

Czynimy to dla tego, że prace te rzucają jaskrawe światło na obchodzącą nas kwestję; przemawiają one, jak przekonaliśmy się, w duchu ostrzegawczym.

Przypadków zatrucia po wstrzyknięciu śróddziąsłowem również widzieliśmy kilka (do nich wrócimy). Doraźny ratunek usunął niebezpieczeństwo. Nie powiemy, aby podobny sposób „ulżenia bólu" nie miał pewnego wpływu na praktykę operatorów, którzy zabiegi te wykonali.

Co do używanych środków, to przy wyborze ich należy przestrzegać pewną ostrożność. Jałowość przeróżnych wyrobów partackich, pochodzących z ładnie brzmiących „laboratorjów", pozostawiają wiele do życzenia. Często nawet gołem okiem zauważyć można pływające pyłki — co świadczy chyba najlepiej o *rzeczywistej* wartości „preparatu". W każdym razie, zaznaczamy również, że żaden szanujący się praktyk środków tajemnych używać nie będzie, tembardziej takich, które z pewnych względów niedozwolone są przez władzę lekarską. Składy dentystyczne, rzecz prosta, nie powinny przyczyniać się do rozprzestrzeniania takich środków lekarskich,

a szczególnie niezaaprobowanych przez władzę lekarską. Co zaś dotyczy sprzedawanych preparatów pod nazwą „atoxinin" i „xylomin", wyrabianych w Warszawie, to o tych preparatach pomówimy; mamy takie egzemplarze, w których gołem okiem widoczne są pływające pyłki; wartość ich pod względem jałowości ustalimy. Gdy na zjawisko powyższe zwróciliśmy uwagę fabrykanta, usłyszeliśmy odpowiedź: „to dawniejsze preparaty" (sic!!). Czy *obecna* technika została ulepszona— nie wiemy. Zaznaczamy: *nigdy nie należy używać środków, których skład nie jest wiadomy i publicznie ogłoszony, wyrabianych przez rzekomych chemików i niezaaprobowanych przez odnośne władze lekarskie.*

Kronika i sprawy zawodowe.

= **Zmarł** w Warszawie lekarz-dentysta **Eljasz Frydberg**. Rozpocząwszy praktykę w r. 1894, w szybkiem tempie zaczął sobie zdobywać zaufanie licznych pacjentów oraz sympatję kolegów. Nie zwątpiwszy we własne siły, śmiało wszedł w życie, pracował sumiennie, zyskując coraz bardziej zaszczytne miejsce wśród kolegów. Jako praktyk, zawsze umiał liczyć się ze swemi siłami; wierzył, że tylko sumiennością dojść można do praktyki. W stosunkach koleżeńskich był nader uprzejmy; pamiętał o potrzebach tych, którym warunki materjalne nie dopisały. Niezawodnie też na podwalinie zdrowych poglądów i cennych zalet charakteru urodziła się Jego szlachetna dusza, która zwróciła uwagę licznych rzesz biedaków, wśród których znany był jako filantrop „z duszy i serca".

Tragiczna śmierć przedwcześnie zabrała nam dobrego kolegę, a dentystyka w zmarłym straciła sumiennego przedstawiciela.

Żył krótko, dał jednak życiu wiele sumiennej i uczciwej pracy...

Cześć niech będzie Jego mogile!

= **Powtórne zezwolenie na Rosyjski Zjazd Dentystyczny.** Jak czytelnikom wiadomo, Ministerjum Spraw Wewnętrznych zezwoliło na zwołanie w Charkowie VI Rosyjskiego Zjazdu Dentystycznego z tym warunkiem, że wyłączone będą sprawy zawodowe i prawne i nie będą dopuszczeni jako uczestnicy lekarze-dentyści oraz dentyści-żydzi, nie zamieszkujący w Charkowie.

Zarząd Wszechrosyjskiego Związku Dentystycznego wystąpił powtórnie do Ministerjum Spraw Wewnętrznych z prośbą o zezwo-

lenie na przyjęcie udziału i dentystom żydom z całego Cesarstwa, motywując, między innemi, swoją prośbę tem, że niedopuszczenie żydów równa się niedozwoleniu zwołania zjazdu, ponieważ $^3/_4$ składu liczebnego praktykujących w Rosji lekarzy-dentystów i dentystów stanowią żydzi. Prośba zarządu związku obecnie została uwzględniona. Ministerjum Spraw Wewnętrznych zawiadomiło wymieniony zarząd, że na czas zjazdu do Charkowa przyjechać mogą specjaliści-żydzi z całego Państwa. Zjazd odbyć się ma od 28 grudnia do 3 stycznia r. 1912 st. st.

= **Zezwolony został zjazd delegatów towarzystw dentystycznych w Rosji**, odbyć się mający w Charkowie od 3—5 I 1912, z warunkiem, że z udziału wykluczeni będą delegaci-żydzi.

= **Sprawa fałszerstw świadectw dentystycznych.** Niedawno wszystkim pociągniętym do odpowiedzialności karnej „dentystom smoleńskim“ wręczono 2-gi tom materjału śledczego, obejmujący 227 drukowanych arkuszów dużego formatu. Prócz pociągniętych do odpowiedzialności żydów, jak zaznacza „Smoleński Wiestnik“, są również prawosławni oraz katolicy, którzy korzystali z fałszywych świadectw dentystycznych już nie ze względu na uzyskanie prawa zamieszkiwania, a w tym celu, aby po uzyskaniu świadectwa zająć się praktyką dentystyczną. Między innymi jeden z pociągniętych do odpowiedzialności zeznaje szczegółowo, jak w uniwersytecie kijowskim św. Włodzimierza egzaminujący się na stopień dentysty musieli dawać niektórym osobom łapówki, dzięki którym prezesem komisji egzaminacyjnej mianowano prof. Morozowa; jeden z dziekanów uniwersytetu, do którego doszła wieść, jakoby przy uniwersytecie praktykuje się pobieranie łapówki, zainteresował się bardzo tą sprawą, indagował pewnego pracownika, lecz niczego się nie dowiedział. Zdarzały się przypadki, że niektórzy z egzaminujących się pragnęli przekupić prof. Morozowa i w jego nieobecności pozostawiali u niego w mieszkaniu pieniądze w zamkniętej kopercie, lecz Morozow stale przynosił pieniądze napowrót i, zwróciwszy się do egzaminujących się, zakomunikował, że nie przystąpi do egzaminu, o ile osoba, która zostawiła kopertę nie zabierze pieniędzy napowrót. Obecnie znajduje się w druku i wkrótce doręczony będzie pociągniętym do odpowiedzialności 3-ci tom materjału śledczego, w którym przytoczone są wyniki

badań świadków; liczba ostatnich wynosi blizko 1000 osób. (Kijewskaja Myśl. Prakt. Zubowracz. 7. r. b.)

Jak komunikują, śledztwo w sprawie głośnej panamy dentystycznej ma się ku końcowi. Sprawa wkrótce będzie na wokandzie moskiewskiego sądu okręgowego, dokąd sprowadzeni zostaną z różnych krańców Cesarstwa wszyscy pociągnięci do odpowiedzialności karnej, pozostający dotychczas na wolności (po złożeniu 500 rubli kaucji). Wogóle wykryta panama zapoczątkowała serję innych spraw, związanych z „ułatwieniem" uzyskania tytułu dentysty osobom, które pod względem wieku nie odpowiadają czasowi uzyskania stopnia dentysty, również spraw, które dotyczą subagentów, zamieszkałych w różnych miejscowościach, a których nazwiska śledztwo ustaliło, niektórzy bowiem podsądni podawali je bez wahania. (Smol. Wiestn.).

— **Nowy projekt**. Laury p. Stawiskiej-Landau, byłej właścicielki nieistniejącej szkoły techników dentystycznych, widocznie, nie dają spać przeróżnym geszefciarzom. Oto niejaki p. S., mający tyle wspólnego z dentystyką, że... ożeniony jest z dentystką, zapragnął wzbogacić się, zamierzając ponownie otworzyć „szkołę techników dentystycznych", która dzięki wielu obietnicom (wydawanie „patentów", prawo zamieszkiwania technikom-żydom i t. d.) ma przyciągnąć znaczną liczbę kandydatów, a stąd, rzecz prosta, być... dojną krową.

Wymarzony „projekt", dzięki nieprzychylnej odezwie miejscowej władzy, w Warszawie nie został zaaprobowany. I nic dziwnego. Owe pamiętne kombinacje geszefciarskie, które były tylko wędką dla łatwowiernych i niejednemu wyciągnęły z kieszeni... rubelki, były aż nadto znane. Obietnice były bałamutne, wprost oszukańcze. Tytuł „technika dentystycznego" żadnych praw nie daje, gdyż prawo takiego tytułu nie uznaje; wynika, że technicy-żydzi nie mają prawa zamieszkiwania w Cesarstwie i nie korzystają z żadnych prerogatyw.

Panowie kombinatorzy! Dajcie spokój waszym pokusom; nie przyczyniajcie się, mając na względzie tylko wasze sakiewki, do moralnego upadku dentystyki; proletarjatu mamy już aż nadto; niech laury owych „możnych" was nie kuszą. Zaznaczamy jeszcze raz: mając na względzie tylko (!!) złote runo i wytwarzając *en masse* mize-

rotki dentystyczne, poprowadzicie dentystykę na drogę moralnego i materjalnego upadku...

Nie ulega wątpliwości, że i wyższa władza, do której „projektodawca" ponownie podobno się zwrócił, projekt odrzuci z przyczyn wyżej wymienionych.

= **Rozporządzenia Ministerjum Spraw Wewnętrznych w sprawie szkół dentystycznych**. Ministerjum Spraw Wewnętrznych wydało następujące przepisy, dotyczące honorarjum dla zapraszanych przez miejską inspekcję lekarską ekspertów do asystowania przy egzaminach osób, kończących szkoły dentystyczne oraz pobieranie zapłaty od eksternów, egzaminujących się przy tychże szkołach: 1) Przedstawiciele inspekcji lekarskiej również delegowani przez nią lekarze z pośród osób urzędujących, obecni na egzaminach *ex officio* nie mogą pobierać żadnego honorarjum. 2) Osobom postronnym, zapraszanym przez inspekcję miejscową do szkół jako eksperci, w celu asystowania na egzaminach osób kończących szkołę, wyznacza się honorarjum z sum szkolnych za każde egzaminowanie grupy uczniów do 20 osób po rb. 10, a przy większej liczbie uczniów—nie wyżej niż rb. 20. 3) Liczba ekspertów nie może wynosić w każdej szkole więcej niż 2, przyczem ekspertami mogą być tylko specjaliści z dziedziny dentystyki. 4) Uczniowie w szkołach żadnych wydatków nie ponoszą. 5) Od eksternów może być pobierana płata w kwocie nie wyższej nad rb. 10 od każdej osoby (Ruskij Wr. 30. 1911).

Jako uzupełnienie do wydanego przez Ministra Spraw Wewnętrznych (w zarządzie głównego inspektora lekarskiego) cyrkularza z dnia 22 paźdz. st. st. r. ub. za № 1429, zarząd główny inspektora lekarskiego komunikuje wszystkim urzędom lekarskim, w celu przyjęcia do wiadomości i kierowania się w początku roku szkolnego 1911—1912, że zgodnie z wyjaśnieniem Ministra Oświaty prawo wstępu do szkół dentystycznych mają osoby, kończący *całkowity* kurs następujących szkół handlowych: 1) Cesarskiej Petersburskiej Teniszewskiej, 2) Petrowskiej szkoły Petersburskiego kupiectwa, 3) Moskiewskiej akademji praktycznej nauk handlowych, 4) Cesarskiej Moskiewskiej szkoły handlowej, 5) Moskiewskiej szkoły handlowej im. Cesarzewicza Aleksieja, 6) Moskiewskiej Aleksandrowskiej i 7) Charkowskiej im. Cesarza Aleksandra III. (Cyrk. zarządu głównego in-

spektora lek. do urzędów lekarskich z dnia 22 IV st. st. 1911 r. za № 4377).

= **Preparat znieczulający S. B. Dornera.** Wszelkie usiłowania w celu uniknięcia injekcji śróddziąsłowej, polegające na zewnętrznem użyciu środka miejscowo-znieczulającego, zawsze zwracały na siebie szczególną uwagę, gdyż zabieg injekcyjny nie zawsze jest bezpieczny i zależny jest w znacznej mierze od stanu zdrowia pacjenta, wrażliwości jego i stopnia zapalenia miejscowego. Przy ostrych, ropnych zapaleniach okostnej, parulis, injekcje dziąsłowe nie zawsze osiągają zamierzony cel wskutek przeciwdziałania tkanki. Preparat znieczulający S. Dornera ze względu na zupełne bezpieczeństwo i nader prosty sposób użycia dla zewnętrznego stosowania może być z pożytkiem wprowadzony do praktyki.

Wynalazca poświęcił wiele pracy sprawie udoskonalenia swego sposobu miejscowego znieczulania i zastosowania nowego preparatu.

Ostatni, którego skład ogłoszony i zatwierdzony został przez wyższe władze lekarskie w Petersburgu, jak nam wynalazca zakomunikował, wkrótce ma być wyrabiany w jednej z tutejszych aptek.

= **Zamknięto lecznicę dentystyczną** sióstr Gabińskich przy ulicy Bagno (Pociejów). Czyżby się rozpoczął rozwój wsteczny lecznic dentystycznych, tak masowo powstałych ostatnio w Warszawie?

= **Sprawa szkół dentystycznych.** Jak już zaznaczyliśmy, rada ministrów przyjęła projekt reformy szkół dentystycznych, które przejść mają pod zarząd Ministerjum Oświaty. Projekt ten przejdzie pod obrady Izby Państwowej w porządku ustawodawczym. Komisja, która wyłoniona będzie dla rozpatrzenia projektu, składać się ma z profesorów-medyków i lekarzy. W celu rzucenia nieco światła na obecny stan szkół dentystycznych, osoby wpływowe, mające styczność ze sprawą szkół w Petersburgu i Moskwie, gromadzą odnośny materjał, dotyczący wymienionych szkół. Ponieważ sprawy tutejszych szkół również zasługują na uwagę, kierując się pewnemi udzielanemi wskazówkami, podjęliśmy opracowanie odnośnego memorjału dla wymienionej wyżej komisji, dotyczącego warszawskich szkół dentystycznych. W memorjale mają być uwzględnione następujące punkty: 1) stosunek liczebności praktykantów do pomieszczenia szkół; 2) sprawa asystentów i techników; kwalifikacje jednych i drugich; 3) uwa-

gi, dotyczące praktycznych zajęć z dziedziny zębolecznictwa i techniki protetycznej; 4) sprawa prywatnych gabinetów dent. właścicieli szkół; czy istnienie tych gabinetów przy szkołach jest racjonalne; 5) działalność kierowników klinik szkolnych i ich stosunek do praktycznych zajęć słuchaczy; 6) sprawa przygotowawczych zajęć klinicznych (przed przystąpieniem do zajęć na pacjentach); 7) rady pedagogiczne i ich stosunek do zajęć praktycznych słuchaczy; 8) sprawa przyjmowania pacjentów; 9) sprawa egzaminów praktycznych i teoretycznych.

Aby memorjał zestawiony był wyczerpująco, zwracamy się do kolegów oraz byłych i obecnych uczniów również uczenic wymienionych szkół, aby łaskawie przesłali nam wiadomości oraz uwagi, dotyczące powyższych spraw lub też innych, które z ich punktu widzenia zasługują na uwzględnienie.

═ **Szkołę dentystyczną** Tumarkina i Ejzenberga z Placu Krasińskich przeniesiono na ul. Marszałkowską № 138. Lokal szkoły jest znacznie powiększony. Ponieważ przy ulicy Marszałkowskiej istnieje już 5 lecznic (Kuhne, Troppa, Motzowej, Szwarcmachera, Kohna F.), powstaje pytanie, gdzie lecznica przy szkole Tumarkina-Ejzenberga znajdzie tyle odpowiedniego materjału, potrzebnego do zajęć praktycznych słuchaczy? Czyżby *nikt* tego nie przewidział?

═ **Trzecią klinikę dantystyczną dla dzieci szkół miejskich** otwarto w Berlinie.

═ **Nowe przepisy o szyldach i znakach.** Warszawski oberpolicmajster niedawno odwołał przepisy, dotyczące procedury umieszczania szyldów, wydane w dniu 12-ym lipca 1904 roku przez ówczesnego oberpolicmajstra pułkownika Nolkena, natomiast wprowadził nowe, zawarte w 23-ch artykułach. Główniejsze są:

Rysunek szyldów ze wskazaniem tekstu i wymiarów należy złożyć cenzurze policyjnej w dwóch egzemplarzach przy odpowiednich dokumentach, jak również z dołączeniem rysunku, określającego sposób umocowania szyldu. Tekst i rysunek zatwierdza oberpolicmajster lub jeden z jego pomocników, przyczem sama procedura cenzuralna powinna być załatwiona bezzwłocznie. Tekst szyldów powinien być w języku rosyjskim z dopuszczeniem tłumaczenia na inne języki, przyczem tekst rosyjski znajdować się ma na pierwszem miejscu i mieć litery nie mniejsze od liter tekstów w innych językach.

Projekty szyldów lekarzy, felczerów, akuszerek, masażystów, aptek i t. p., zatwierdzone będą po zasięgnięciu opinji urzędu lekarskiego.

Każdy szyld musi być opatrzony w datę i numer cenzury; wreszcie policja miejscowa obowiązana jest sprawdzać tekst szyldów z pozwoleniem cenzuralnem i sposób umocowania. Projekty szyldów podlegają opłacie stemplowej 75-kopiejkowej.

Od Administracji.

Prosimy o uregulowanie należności za bieżące półrocze.

Redaktor i Wydawca Lekarz-Dentysta **M. Krakowski**.

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Hoża 64.